

Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia choroby. Proszę załączyć dokumentację medyczną.

| Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego | Adres szpitala lub przychodni | Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu |
|---|-------------------------------|---|
| | | |

Proszę podać w tabelce dane dotyczące wcześniejszego leczenia i obecnego stanu zdrowia (nazwa przychodni rejonowej, gabinetu prywatnego, inne)

| Nazwa szpitala lub przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego | Adres szpitala lub przychodni | Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu |
|---|-------------------------------|---|
| | | |

IV. Dane dotyczące wypadku

(wypełnić, jeśli niezdolność do pracy/samodzielnej egzystencji związana jest z wypadkiem)

Okres niezdolności do pracy: od dnia - - do dnia - -

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

| | |
|---|---|
| Przebieg i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco) | |
| Rodzaj doznanych obrażeń | |
| Czy ubezpieczony w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, podać nazwę i adres jednostki policji lub prokuratury, numer sprawy. | |